

婦人科問診票

フリガナ
お名前 _____ 年齢 _____ 歳
住所 _____
TEL _____

1) 今日はどのような事でおいでになりましたか。 (当てはまる項目に○を付けてください。複数も可)

1. お腹が痛い 2. 出血があった 3. 外陰部がかゆい 4. 更年期障害 (不眠・のぼせ・イライラ 肩こりなど) 5. 子宮がん検診希望 6. 避妊の相談 7. 子宮筋腫と言われた
8. 妊娠しているかどうか(分娩希望・中絶希望・決まっていない) 9. 生理不順 10. おりものが多い
11. 子供ができない 12. ビル希望 (常用ビル・月経周期変更・アフタービル) 13. 尿もれ・尿失禁
14. ブライダルチェック 15. その他()

2) いつ頃からその事にお気づきになりましたか。
(日前 月前 年前 不明)

3) 月経(生理)について。

1. 初めての月経 _____ 歳
2. 月経周期 (月経がはじまった日から次の月経が始まる日まで)
順調・(日型) 不順・(短い時 日型・長い時 日型)
3. 月経の量 (多い・普通・少ない) 痛み (つらい・普通・ない)
4. 最近の月経 (最後の月経は 月 日より 日間)
5. 閉経 (月経がなくなった年齢) 歳

4) 結婚・妊娠・出産について。

1. 結婚されていますか はい (結婚時 歳) ・ いいえ 離婚歴 あり ・ なし
2. 性生活(セックス)の経験はありますか はい ・ いいえ
3. 妊娠・出産された事がありますか はい ・ いいえ
1) _____ 歳 (中絶・流産・分娩) 2) _____ 歳 (中絶・流産・分娩)
3) _____ 歳 (中絶・流産・分娩) 4) _____ 歳 (中絶・流産・分娩)

5) 今回受診された事で、他の病院で診察を受けられましたか。 はい・いいえ
はいの方 その病院ではどのような説明を受けられましたか。

6) 今までに大きな病気や、手術を受けたことがありますか。 はい・いいえ
はいの方 いつ頃どんな病気や手術でしたか。

7) これまでに薬や食べ物などでアレルギー等の副作用を経験された事がありますか。 ある・ない
ある方 いつ頃どのような様な物で、どのような症状が出ましたか。

8) 現在何かお薬を飲んでいらっしゃいますか。 はい・いいえ
はいの方 薬の名前がわかりますか。

9) ご家族の方で、次のような病気にかかった事のある方がいらっしゃいますか。
心臓病() 糖尿病() 高血圧() 脳卒中() 結核()
喘息・アレルギー() 癌() その他()